



**VNiVERSIDAD  
D SALAMANCA**

CAMPUS DE EXCELENCIA INTERNACIONAL

**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES**

CURSO DE GRADO EN TRABAJO SOCIAL 2009-2013

Trabajo Fin de Grado

**SALUD E INMIGRACIÓN: UNA VISIÓN  
MULTICULTURAL**

Alumna: Elena Chorro de Andrés Blanco

Directora: Nuria del Álamo Gómez

Salamanca, junio de 2013

## **AGRADECIMIENTOS**

Me gustaría expresar mi más profundo agradecimiento a mi tutora Nuria del Álamo Gómez, directora del trabajo, por todo el apoyo que me ha dado, además de la orientación, supervisión, seguimiento y motivación durante los meses de la realización del trabajo mostrando mucha dedicación y comprensión.

Especial reconocimiento a los profesionales de la Unidad de Rehabilitación de Salud Mental del Hospital Los Montalvos, con los cuales realicé las Prácticas Institucionales, por el apoyo incondicional y gracias a ellos conocí el ámbito del Trabajo Social Sanitario y de la Salud Mental.

Finalmente a la Facultad de Ciencias Sociales y la Universidad de Salamanca, haciendo especial mención a Lourdes Moro, ya que su asignatura “Salud, enfermedad y cultura”, me ha servido de inspiración para el desarrollo del presente trabajo.

A todos ellos, muchas gracias.

## ÍNDICE:

	<u>Página</u>
<b>1. INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>4</b>
<b>2. JUSTIFICACIÓN .....</b>	<b>6</b>
<b>3. REVISIÓN E INVESTIGACIÓN BIBLIOGRÁFICA .....</b>	<b>8</b>
<i>3.1- Inmigración y fenómeno migratorio en España .....</i>	<i>8</i>
<i>3.2- Proceso de integración de la población inmigrante .....</i>	<i>12</i>
<i>3.3- Salud, enfermedad y cultura .....</i>	<i>14</i>
<i>3.3.1- Antropología de la salud: concepciones</i> <i>de salud y enfermedad .....</i>	<i>15</i>
<i>3.3.2- Diversidad cultural: inmigración y sistema</i> <i>sanitario en España .....</i>	<i>19</i>
<i>3.4- Estrés y duelo cultural .....</i>	<i>25</i>
<i>3.5- Salud mental e inmigración .....</i>	<i>29</i>
<b>4. DISCUSIÓN TEÓRICA Y FORMULACIÓN DE INTERROGANTES .....</b>	<b>33</b>
<b>5. CONCLUSIONES .....</b>	<b>34</b>
<b>6. BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>36</b>

## 1. INTRODUCCIÓN

El siguiente trabajo es una revisión bibliográfica acerca de la relación existente entre salud mental, cultura y migración. El trabajo se basa en una perspectiva cultural y social, clave para el estudio de los factores positivos o negativos influyentes en los procesos migratorios que van a influir en los procesos de salud y enfermedad.

El trabajo constará de una revisión bibliográfica sobre los aspectos que acabamos de mencionar, seguido de una discusión teórica y formulación de interrogantes una vez expuesta la investigación bibliográfica, a través de lo cual sacaremos unas conclusiones de dicho trabajo.

La revisión e investigación bibliográfica abarcará el fenómeno migratorio en España así como la integración de la población inmigrante en el nuevo país de acogida. Expondremos qué se entiende por salud y enfermedad desde una perspectiva intercultural y cómo estos procesos influyen en la condición de inmigrante el cual está expuesto a situaciones negativas que pueden influir en su salud tanto física como mental dejando atrás tanto su país de origen como su cultura y enfrentándose a lo desconocido. Cuando una persona toma la decisión de emigrar, se enfrenta a una serie de dificultades como puede ser la barrera idiomática o estar lejos de su país de origen que puede desencadenar problemas en el inmigrante a la hora de adaptarse o de comenzar su nueva vida en un país distinto. Tenemos que tener en cuenta que cada persona es individual y no a todos nos afectan de la misma manera las dificultades que se nos presentan.

Las migraciones vienen aconteciendo desde el inicio de la historia del hombre, ya que el ser humano siempre va en búsqueda de mejorar y aumentar su calidad de vida. En España el fenómeno de la inmigración en los últimos años ha tenido una serie de consecuencias a nivel social, económico y cultural. Hemos sido durante las dos últimas décadas un país receptor de población extranjera. En 1980 España contaba con 183.264 inmigrantes y en el año 2002 se contabilizaron 1,3 millones (Izquierdo, 1996, en Abad Márquez, 2004) este movimiento de población se debía a que España contaba con una economía floreciente y a la necesidad de mano de obra. Desde el inicio de la crisis económica actual, la situación está cambiando, volvemos a ser un país de emigrantes. La crisis económica mundial, empezó a tener consecuencias en nuestro país

sobre el año 2008 y ha dado como resultado un aumento del desempleo y situaciones críticas entre la población autóctona, lo cual está provocando un rechazo hacia la población inmigrante, a los que vemos como una potencial amenaza ya que se “aprovechan” de nuestra sanidad, nos “quitan” nuestros puestos de trabajo y se adoptan posturas de rechazo hacia el colectivo inmigrante. En un estudio del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS, 2008) demuestra que un 27,9% de los españoles "cree que los inmigrantes abusan de la atención sanitaria gratuita" y más de un 31% está "más bien de acuerdo" en que la población inmigrante causa una disminución en la calidad de la atención sanitaria.

Existe gran dificultad a la hora de encontrar información acerca del número de inmigrantes que se encuentran en España en situación irregular. Para hacernos una idea del número aproximado, se cruzan los resultados del Padrón Municipal que elabora el Instituto Nacional de Estadística (INE) el primer día de enero de cada año, con el balance oficial de permisos de residencia cerrado el 31 de diciembre de ese mismo año emitido por la Secretaría General de Inmigración y Emigración. En el año 2013, el número de extranjeros no comunitarios en situación irregular alcanzó el pasado mes de junio un nuevo récord absoluto y se situó en 926.026 personas. La cifra es el resultado de restar a los empadronados no comunitarios que recoge el Instituto Nacional de Estadística (INE), 3,36 millones, los inmigrantes del Régimen General con tarjeta de residencia en vigor, que apenas alcanzaron los 2,43 millones a mediados de año, según el Observatorio Permanente de Inmigración del Ministerio de Trabajo. Por otro lado, según el Observatorio de Inmigración, el número de extranjeros con tarjeta de residencia en vigor a 31 de diciembre de 2012 era de 5.411.923 el 49,06% correspondían al Régimen Comunitario, un total de 2.655.347, frente al 50,94% en Régimen General, con 2.756.576.

La inmigración trae consigo una serie de cambios para las personas, tanto beneficios y mejoras, como situaciones que generan unos elevados niveles de estrés y una serie de problemáticas. Achotegui (2008), refiere que cuando la persona inmigrante no ve cumplidos sus objetivos con éxito, siente fracaso y soledad, padece lo que el propio autor denomina “Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico y Múltiple” (Síndrome de Ulises). En función de cómo la persona los afronte, podrá desencadenar

problemas de salud mental o simplemente, quedar en una dificultad pasajera que ha sido superada con éxito.

## **2. JUSTIFICACIÓN.**

Durante mis prácticas institucionales en la Unidad de Rehabilitación de Salud Mental del Hospital Los Montalvos en Salamanca, he visto multitud de pacientes que ingresaban por problemas de salud mental y tan sólo un único caso de una persona inmigrante y además me gustaría señalar que era comunitario, es decir, era un ciudadano de la Unión Europea. (Cuando hablamos de inmigración tendemos a diferenciar entre inmigrantes comunitarios que pertenecen a la Unión Europea y tienen una serie de derechos diferentes a los de los inmigrantes extracomunitarios que no pertenecen a la Unión Europea). Esto me llamó mucho la atención, pero fue más llamativo cuando los profesionales de la Unidad me comentaron que era la primera persona inmigrante que ingresaba allí en todos los años que el hospital llevaba en funcionamiento. Este suceso me llevó a plantear una serie de interrogantes y razones sobre los cuáles quería profundizar y que han servido de base para el trabajo que voy a exponer en estas páginas. En un país con un índice tan alto de población inmigrante, como es España, es prácticamente imposible que este colectivo no manifieste problemas de salud mental, teniendo en cuenta que, emigrar de tu país de origen en búsqueda de mejores condiciones de vida supone afrontar una serie de circunstancias difíciles como puede ser encontrarse solo, que no sepas el idioma del país de destino, añoranza de seres queridos o no disponer de redes de apoyo. Son multitud los problemas que se pueden presentar y que propician la aparición de la enfermedad mental, ya que cuando hablamos de enfermedad mental, no nos referimos sólo a un trastorno bipolar o una esquizofrenia, sino que la depresión o las adicciones son problemas que repercuten en la salud mental de las personas.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), entendemos por enfermedad mental, un estado de bienestar donde el individuo es consciente de sus propias capacidades y puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y contribuir a la comunidad.

Para entender los problemas de la población inmigrante tenemos que partir de una base cultural, en la que el inmigrante y el país de destino tienen culturas y tradiciones muy distintas y que van a influir en cualquier cambio que pueda ocurrir en la vida de la persona, así como su adaptación en el nuevo país y que hay que conocer a la hora de trabajar con la población inmigrante. La cultura de origen va a determinar en mayor o menor medida cómo se afronta la enfermedad y su vivencia, así como su posterior tratamiento. Desde el Trabajo Social debemos conocer qué problemas afectan a los inmigrantes y cómo podemos abordarlos desde un punto de vista multidisciplinar.

La concepción de enfermedad mental ha cambiado de manera positiva en los últimos veinte años, donde los enfermos eran excluidos y marginados en centros apartados de la sociedad hasta nuestros días. Los años de cambio de mentalidad vinieron con la caída del Régimen Franquista y la Transición Democrática. Como explica Menéndez (2005), en España la Reforma Psiquiátrica se inicia en el año 1985 hasta los años 90, poniendo en marcha una serie de reformas que hoy en día sientan las bases asistenciales de la planificación en salud mental, dentro de la Ley General de Sanidad. Todo ello se plasmó en el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica en abril de 1985. La Reforma, sirvió de base para la planificación y donde podemos señalar estos puntos:

- Integración de la psiquiatría y la salud mental dentro del marco sanitario
- Planificación basada en la comunidad
- Concepción bio-psico-social de la enfermedad mental
- Equipos interdisciplinarios en Salud Mental
- La hospitalización psiquiátrica se hará en los hospitales generales
- Garantiza los derechos civiles de los enfermos mentales.

Esto supuso numerosos cambios en la concepción de la persona con enfermedad mental para la cual se crean nuevos dispositivos y centros y se pretende cambiar la concepción de estas personas que han estado excluidas de la sociedad dando paso a una visión más amplia de la enfermedad mental donde no sólo importa la sintomatología y tratamiento del enfermo, sino que se estudia y trata la enfermedad mental desde una visión más amplia atendiendo a los factores sociales y pretendiendo la inclusión de nuevo de estas personas en su medio social.

Gracias a estos cambios que han venido aconteciendo, la profesión de trabajadores sociales, antropólogos o psicólogos ha cobrado verdadera importancia para abordar los problemas que afectan a la salud y la enfermedad de las personas. Como trabajadores del ámbito social debemos ser conocedores de la cultura y los problemas que afectan a las personas y de forma particular al colectivo inmigrante para saber qué tipo de problemas de salud mental les afectan, ya que como venimos diciendo, con este cambio de mentalidad en torno a la enfermedad mental tenemos que tener en cuenta los factores sociales e individuales propios de cada persona a la hora de trabajar con problemas de salud mental y con una visión de cara a la rehabilitación de estas personas como meta profesional.

### **3. REVISIÓN E INVESTIGACIÓN BIBLIOGRÁFICA**

#### ***3.1.- Inmigración y fenómeno migratorio en España***

El hombre siempre ha buscado mejores condiciones de vida tanto para él mismo como para los que le rodean. L y R, Grinberg (2000) explican que la calificación de las personas como emigrantes o inmigrantes, es aquella en la cual el traslado se realiza de un país o región a otro por un tiempo prolongado y realizan actividades de la vida diaria.

La inmigración, por tanto, es un fenómeno complejo y multifacético, que abarca factores económicos, políticos, psicológicos, sociales y culturales. Involucra tanto a los individuos inmigrantes como a la sociedad receptora. Es una oportunidad por, el intercambio de valores culturales, el conocimiento de costumbres y hábitos, la pérdida del miedo a lo desconocido y al otro; que posibilita el conocimiento recíproco y facilita la aceptación y el respeto a la diferencia y a la diversidad. (Sayed- Ahmad, 2008)

Las razones para migrar son diversas (políticas, religiosas o culturales, económicas, bélicas, etc. y cada una da lugar a un tipo de inmigrante:

- El inmigrante económico: bautizado por de Lucas (2009), “como el buen inmigrante”, es aquel que se desplaza en búsqueda de un trabajo y como el propio nombre indica tiene buenas intenciones a la hora de establecerse.



- El asilado o desplazado, según el Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), es aquel que abandona el país de su nacionalidad por un temor fundado a la persecución por motivos como pueden ser raza, religión o políticos.
- El extranjero: es una categoría indefinida. Según la ley 4/2000 del 11 de enero, se consideran extranjeras a todas aquellas personas que no posean la nacionalidad española. Esto implica una serie de derechos y libertades diferentes a los de la población autóctona.
- Los extranjeros en situación irregular o también llamados “ilegales”: cuando nos referimos al “mal inmigrante”, aquel que no posee papeles, “que viene a robarnos el trabajo” o que es ilegal. Todos estos conceptos crean entre la población reacciones y sentimientos xenófobos y de odio a la población inmigrante a los cuales vemos como una amenaza.

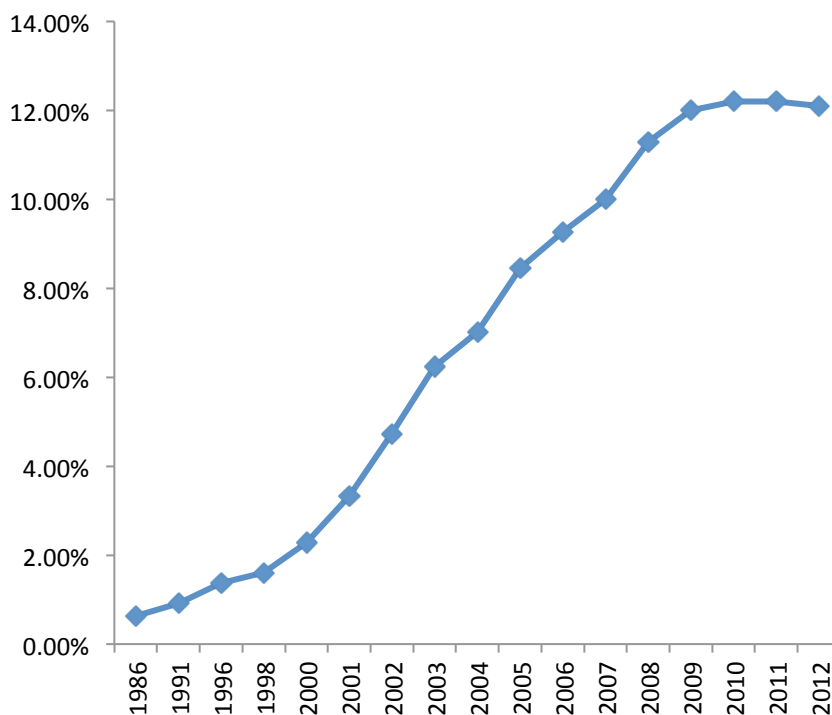
El país de acogida va a tener un papel fundamental, ya que si la actitud por parte de la población favorece la integración de la persona, es más difícil la aparición de factores estresores, perjudiciales para el inmigrante. Tenemos que cambiar la visión estigmatizada y asociar la inmigración con riqueza cultural.

El fenómeno migratorio debe ser asumido como una variable de suma importancia que requiere de una gestión serena que tenga, indiscutiblemente, como base, la propia dignidad humana. Podemos acunar el sentimiento de que las personas inmigrantes suponen un elemento amenazante por nuestra sociedad, nuestro trabajo, nuestro bienestar, o por el contrario, podemos valorarlas como elementos enriquecedores que contribuyen al beneficio económico, social y cultural de nuestra comunidad. No podemos crear una sociedad que separe inequívocamente a los “de dentro” de los “de fuera”. (Bauman, 2007:162)

España ha pasado de ser un país emigrante a un país inmigrante como podemos apreciar en el gráfico 1. Desde los años 70, la tendencia a emigrar desciende y España se convierte en un país receptor de inmigrantes. Desde la entrada de España en la Unión Europea la entrada de inmigrantes ha sido gradual: a partir de los años 90 la curva empieza a ascender. Del año 2000 al 2010, debido a la floreciente economía existente en el país, se alcanzan las mayores tasas demográficas en el país, España se convierte en

el mayor destino migratorio del mundo tanto en términos relativos como absolutos, según el Instituto Nacional de Estadística (INE).

Gráfico 1: EVOLUCIÓN DE LA INMIGRACIÓN EN ESPAÑA DESDE 1986 HASTA NUESTROS DÍAS

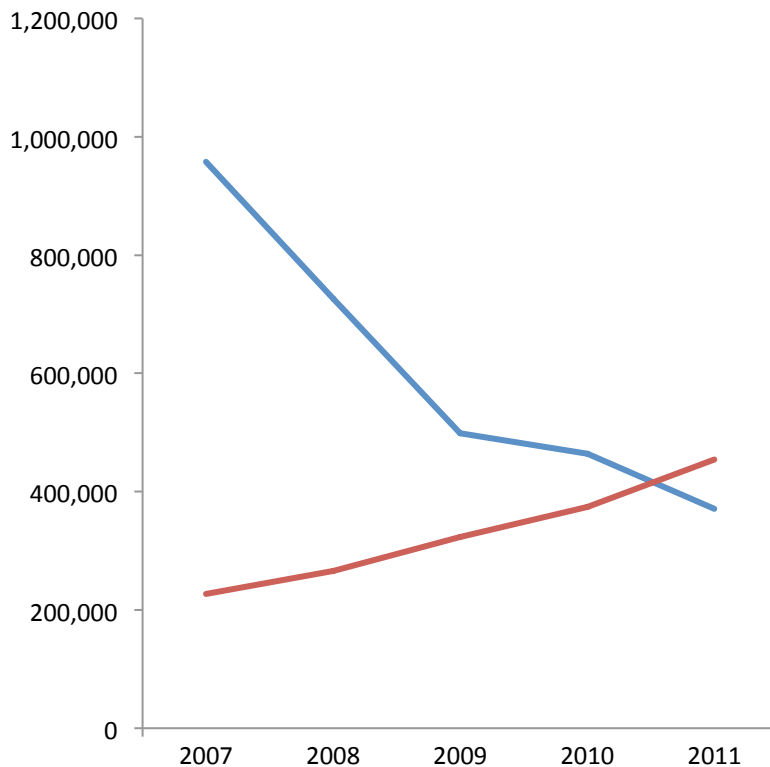


Fuente: INE (Octubre 2011)

Gráfico: Elaboración propia

Actualmente, la situación está cambiando y volvemos a ser un país emigrante. Tal y como se observa en el Gráfico 2, los papeles se invierten, ya que la crisis ha tenido un fuerte impacto demográfico: aumenta el número de españoles que abandonan el país con la intención de encontrar un trabajo y las personas que eran inmigrantes nacionalizados regresan a sus países de origen.

Gráfico 2: SITUACIÓN DE CAMBIO DEMOGRÁFICO



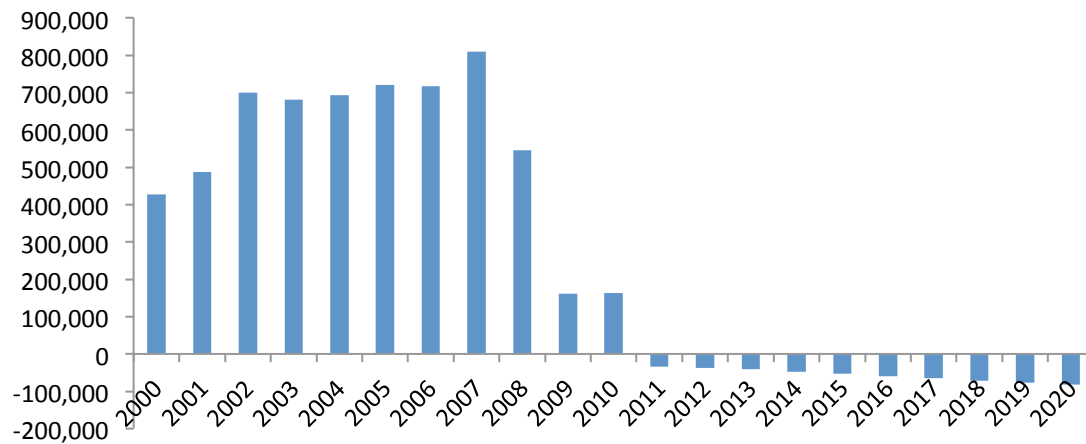
Fuente: “La emigración desde España, una migración de retorno” (ARI) Carmen González Enríquez. Real Instituto Elcano

Gráfico: Elaboración propia

Según La Proyección de Población del INE (2012), España volverá a ser un país de emigrantes en búsqueda de mejores condiciones de vida y con la intención de conseguir un trabajo, ya que el desempleo es uno de los principales problemas que afecta a la población. Según este estudio, si en España se mantuvieran las tendencias demográficas actuales, perderíamos una décima parte de la población en los próximos 40 años:

En el año 2022, España contaría con 45,1 millones de personas, un 2,5% menos que en 2012 y en el año 2052, España cifraría su población en 41,6 millones de habitantes, un 10% menos que las personas que actualmente residen en España.

Gráfico 3: PROYECCIONES DEMOGRÁFICAS FUTURAS EN ESPAÑA



Fuente: Proyecciones de población a largo plazo, INE (2012)

Origen: Elaboración propia

Según la Fundación Intra (2012), la población extranjera en España se encuentra distribuida de manera desigual a lo largo del territorio nacional. Los inmigrantes se concentran en lugares con mayor dinamismo económico y por consiguiente mayor necesidad de mano de obra. Estas zonas serían Madrid y su periferia, la costa del Mar Mediterráneo y las islas. Por otro lado, podemos diferenciar a los extranjeros comunitarios que suelen concentrarse en la costa y por norma general, vienen a España buscando un clima más cálido que el de su país de origen y se concentran en las zonas de Levante, Andalucía, Baleares y Canarias.

### ***3.2.- Proceso de integración de la población inmigración.***

Cuando el inmigrante entra en contacto con la sociedad de acogida se van a dar una serie de cambios, se produce “un choque” entre su propia cultura y la del país receptor. Este choque es lo que entendemos por aculturación, cuando dos grupos culturales entran en contacto.

La aculturación comprende todos aquellos fenómenos que son provocados cuando grupos de individuos procedentes de distintas culturas entran en contactos continuos, con los consiguientes cambios en las formas originales de los patrones culturales de uno o ambos grupos. (Redfield, et al., 1936)

Siguiendo a Delgado (2008), la adaptación del inmigrante en una cultura mayoritaria puede ser de cuatro tipos:

- Integradora: conserva los aspectos culturales propios y a la vez incorpora componentes de la nueva cultura.
- Asimiladora: el inmigrante abandona la propia cultura para adoptar los aspectos de la cultura dominante en el país de acogida.
- Separadora: se rechaza la nueva cultura y se intensifica la identidad de la cultura propia de origen.
- Marginadora: se produce un alejamiento tanto de la propia cultura como de la cultura de acogida.

En qué medida participe la sociedad de acogida y el propio inmigrante, se desarrollará mejor o peor el proceso migratorio y la integración de la persona en su nuevo medio social. Varios autores como Delgado (2008) sostienen que la migración tiene relación directa con la salud mental y expone variables influyentes en dicha relación como:

- La edad a la cual se realiza la migración: el momento del desarrollo evolutivo en cual se encuentre la persona va a determinar que cuente o no con más factores para hacer frente a la nueva situación. Los individuos en edad media son los que de forma más fácil realizan el proceso migratorio.
- El género: existe diferencia en los modos de afrontamiento entre hombres y mujeres, incluyendo también si las mujeres tienen hijos pequeños y el proceso migratorio supone dejarlos en el país de origen.
- El idioma: el desconocimiento del idioma supone un problema a la hora de la integración y desenvolvimiento en la vida social y laboral de la persona.
- Ocupación: el nivel educativo va a influir de manera que una persona con estudios y que no encuentre trabajo o encuentre un trabajo inferior al que sus estudios le podrían proporcionar, puede causarle desajustes en su autoestima y frustración.

En todo proceso migratorio se habla de tres etapas diferenciadas como son la premigración, la migración en sí y la postmigración. Estas etapas están expuestas a unos factores de vulnerabilidad y unos factores resilientes o de apoyo tanto externos a la persona como internos de la misma. Estos, según Bhugra (2004), serviría para explicar la relación entre psicopatología e inmigración.

Delgado (2008), afirma que la adaptación de los inmigrantes no sólo depende de las estrategias y recursos de la propia persona o de las aspiraciones que se haya creado: “Según la sociedad de acogida acepte las diferencias raciales, el estilo de vida a la vez que promueva en el inmigrante valores y condiciones sociales propias, se promoverá la integración de ambos”.

Para que la integración sea efectiva, en primer lugar, la sociedad receptora tiene un proceso de acogida respecto a los colectivos de personas inmigradas, y garantizarles el acceso a los recursos y servicios en igualdad de condiciones. En segundo lugar, los colectivos de inmigrantes deben participar en el desarrollo local y las redes sociales del territorio para implicarse. Y por último, dentro del marco de la integración, se debe asegurar la igualdad de derechos y obligaciones a todas las personas que residan en el territorio, independientemente de su nacionalidad. (Mata, 2004:19)

### ***3.3.- Salud, enfermedad y cultura***

Meñaca (2007), plantea que la cultura es describir el comportamiento humano y todo lo que conlleva definiendo qué hacemos y qué somos: “Hablar de cultura es describir lo que hacemos en relación con la posición social que ocupamos y lo que hemos aprendido de ella”. Por tanto, decimos que todos tenemos cultura, la cual nos identifica como únicos y nos diferencia, pero también nos incluye en un grupo determinado.

Atendiendo a Alarcón et al. (2003) “entendemos por salud intercultural el conjunto de acciones y políticas que tienden a conocer e incorporar la cultura del usuario en el proceso de atención de salud”.

Desde el punto de vista social, es importante que exista en conocimiento acerca de los fenómenos sociales y culturales que afectan a los individuos y grupos, conocer la

diversidad cultural para atender y resolver los problemas de salud y enfermedad, analizar las características de los distintos tipos de sistemas sanitarios asistenciales, analizar el fenómeno de la Globalización y su influencia en la salud y enfermedad, comprender la importancia del proceso de aculturación y promover valores y actitudes en los profesionales de este ámbito atendiendo a la diversidad cultural.

Según Rojas (2009), tenemos que tener en cuenta las siguientes características a la hora de que la persona emigre, como futuro desencadenante de factores que pueden influir en la salud de forma negativa:

- Económicas: la persona que emigra siempre va en búsqueda de una mejor calidad de vida y normalmente con intenciones de retorno a su país de origen.
- Políticas: la persona se ve forzada a abandonar su país por temas derivados de la política existente en él.
- Socioeconómicas: la causa principal de las migraciones. Los países empobrecidos tienen pésimas condiciones de vida en su país natal, por tanto buscan una mejoría en su calidad de vida además de la adquisición de un trabajo remunerado.
- Familiares: reagrupamientos familiares que afectan en las decisiones de las personas a la hora de emigrar.
- Bélicas: causa realmente forzada que obliga a las personas a abandonar su país y pueden dar lugar a desplazamientos masivos de población.
- Catástrofes naturales: se han venido agravando en los últimos años y afectan generalmente a los países más empobrecidos que no cuentan ni con medios de detección ni de afrontamiento.

### ***3.3.1.-Antropología de la salud: concepciones de salud y enfermedad***

Salud y cultura son dos concepciones que van ligadas, ya que no todos tenemos la misma forma de comportarnos ante determinadas situaciones de enfermedad, y necesitamos del conocimiento de esa cultura para entender los conceptos de salud y enfermedad desde una perspectiva más amplia. Partiremos de que todos participamos en

nuestra propia salud mediante creencias, o la actitud que tenemos hacia la vida, sin importar el grupo cultural que pertenezcamos. La salud y la enfermedad también varían en tiempo y espacio.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), entendemos por salud, no sólo la ausencia de enfermedad, sino el completo bienestar físico, psíquico y social. En la segunda mitad del siglo XX, se produjo un cambio de paradigma debido a los progresos en la medicina, a la anterior definición de salud y al movimiento en pro de los Derechos Humanos. Esta definición ha propiciado una visión más amplia de la enfermedad, así como la inclusión de trabajadores del ámbito social como parte del personal sanitario, como pueden ser trabajadores sociales, psicólogos o antropólogos y por tanto, la salud ya no es un tema estrictamente sanitario.

Frente al modelo biomédico, Engel (1977) propone un modelo que apoya la concepción de que en los estados de la salud y la enfermedad coexisten factores biológicos, psicológicos y sociales implicados, esto, es lo que conocemos como modelo bio-psico-social, para el cual la ausencia de enfermedad es una condición necesaria pero no suficiente para tener salud, ya que esta, involucra aspectos sociales y psicológicos. Promueve una orientación tanto de la salud como de la enfermedad y un desarrollo más amplio en Prevención Primaria y Rehabilitación de las personas buscando mejorar su calidad de vida.

Una conducta de salud promueve unos hábitos de vida saludables, la actividad de una persona que cree que está sana con el objetivo de prevenir problemas de salud y una forma de vida que promueve la buena salud con vistas a una esperanza de vida mayor.

Como explica Boixareu (2008) “entendemos por bienestar el sentimiento de vida que hace que uno se sienta bien y se relacione de manera placentera con su individualidad y su convivencia”.

El concepto de salud promueve unos hábitos de vida saludables y la actividad realizada por una persona que cree que está sana, con el objetivo de prevenir problemas de salud y de cara a una esperanza de vida mayor. Como hemos señalado antes,



debemos incluir también el concepto de enfermedad como un estado de malestar a nivel físico, psíquico o social que impide a la persona desenvolverse en su medio natural.

Cada grupo sociocultural posee una tipología de enfermedad donde influyen las causas, la sintomatología y la manera en que el paciente vive la enfermedad.

Desde la Antropología de la Medicina el sistema médico es un sistema cultural que interpreta la enfermedad, sus causas y los procesos que provoca en la cultura popular y en su respuesta terapéutica, las representaciones de la enfermedad son leídas desde el sistema médico, pero son representadas por la persona enferma a través de unas señales, signos y síntomas, en una subjetividad construida por el medio cultural y por una sociedad que responde a las necesidades y a las exigencias del enfermo. (Boixareu, 2008).

La conducta de enfermedad y el rol de enfermo no es universal, varía en las personas ya que la enfermedad se presenta de diversas formas y síntomas, además de influir cómo se definen e interpretan los síntomas, explican sus causas y se utilizan diferentes medidas rehabilitadoras.

Como explica esta autora (Boixareu, 2008)., la enfermedad tiene tres dimensiones: la psicoorgánica, la subjetiva y la social, conocidas por los términos ingleses como *disease*, *illness* y *sickness* respectivamente. Entendemos por *disease* la dimensión psicoorgánica de la enfermedad que afecta al organismo y funcionamiento de las personas. *Disease* hace referencia a un debilitamiento o mal funcionamiento de las actividades del organismo de las personas.

*Disease* es un concepto biomédico, y dicho con mucha precaución, desde la biomedicina se ve como un concepto libre de condicionantes culturales inmediatos, sin olvidar que la biomedicina ya es un sistema cultural. La Antropología Médica la hace objeto de estudio precisamente por las interacciones que observa entre *disease* y entorno sociocultural: por ejemplo, los signos y síntomas clínicos de una enfermedad que pueden variar según el ámbito sociocultural. (Boixareu, 2008)

*Disease*, es el estudio de la enfermedad desde la Medicina. *Illness* hace referencia a la experiencia y vivencia de la enfermedad, a los síntomas, es algo individual de la persona que padece dicha enfermedad. En la Antropología de la Medicina, se refiere a la dimensión cultural donde tiene mucha importancia el marco de

creencias del individuo, así como su contexto cultural y las normas éticas y morales individuales de cada persona. Mientras que *disease* muestra la vulnerabilidad de la persona desde el punto de vista biológico, *illness* muestra la vulnerabilidad personal e individual influenciada por la propia cultura de la persona o el grupo cultural al cual pertenece. En nuestro vocabulario, el término para definir *illness* sería el de padecimiento de una enfermedad. Entendemos por *sickness*, como nos indica Boixareu (2008) aquello que es causa de enfermedad y lo produce la sociedad, así como lo que produce la enfermedad a nivel social, las causas que tiene en la sociedad o la visión o estigmas que tenemos hacia dicha enfermedad.

La Antropología de la salud y enfermedad es una especialidad de la antropología social que estudia los sistemas médicos asistenciales, las dimensiones sociales y culturales tanto de la salud como de la enfermedad. Todos los grupos de personas desarrollamos sistemas para luchar contra la enfermedad ya que la enfermedad es universal, pero dentro de cada cultura se formulan teorías para explicar, diagnosticar y justificar la enfermedad.

En el caso de los inmigrantes, según Romani (2002), los problemas de salud hay que situarlos en el contexto del sistema capitalista en el cual vivimos, que ha generado grandes diferencias tanto económicas como culturales entre países. Estas desigualdades incitan a la búsqueda de mejores condiciones de vida, lo cual pueden ser procesos largos, lentos y costosos que van a influir en la salud de aquellos que deciden emigrar.

Las personas respondemos de diferentes formas ante una misma sintomatología que presenta el cuerpo en diferentes personas, ya que la cultura es un factor muy importante a tener en cuenta. Todos los grupos humanos desarrollan prácticas o sistemas para luchar contra la enfermedad. La enfermedad es universal y afecta a todas las personas, pero los síntomas que se presentan, las teorías que explican dicha enfermedad o las maneras de tratar y diagnosticar son diferentes entre los distintos grupos culturales. Se pone de manifiesto en la dimensión sociocultural de la enfermedad, la existencia de conflictos que surgen entre los demandantes de servicios o usuarios y los que prestan estos servicios, diagnósticos equivocados por parte de los profesionales, desconocimiento de otras enfermedades y sintomatologías mal diagnosticadas y tratadas.

La Antropología de la Salud estudia cómo las personas en diferentes culturas explican las causas de la salud y de la enfermedad, los tipos de tratamientos en los cuales creen y a quienes acuden cuando enferman. Analizan cómo estas creencias y prácticas se relacionan con los cambios biológicos y psicológicos del ser humano en lo relacionado con la salud y la enfermedad. (Helman, 1994)

Según la Antropología social, los diferentes grupos responden de diferente manera ante la enfermedad debido a:

- Dimensión sociocultural de la enfermedad
- Conflictos entre los demandantes de servicios y los que los prestan
- Diferentes modelos médicos
- Recursos tradicionales de las diferentes sociedades

La complejidad de los conceptos en torno a la salud implica un conocimiento por parte de los profesionales que atienden en los dispositivos socio-sanitarios

### ***3.3.2- Diversidad cultural: inmigración y sistema sanitario en España***

En este punto analizaremos la importancia que ha sufrido el sistema socio-sanitario español respecto a la atención de los inmigrantes con la reforma del Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud ya que quedan desprotegidos de la cobertura sanitaria que antes tenían garantizada, lo cual es un factor negativo que va a repercutir en el desarrollo de su adaptación en el país de acogida, suponiendo otra dificultad más en la plena adaptación y pudiendo ser un desencadenante más de estrés.

Quizás lo que nos pueda permitir comprender más cosas en este campo es analizar los procesos de salud-enfermedad- atención de manera global, como procesos en los que se articulan de manera específica elementos biológicos, psicológicos y socioculturales, y en los que se dan un conjunto de prácticas y de ideologías asistenciales distintas según sociedades y momentos históricos. Esto, conjuntamente con la consideración de la enfermedad como un caso particular de desgracia o infortunio, y la de nuestro sistema biomédico como un sistema médico más entre los diversos existentes, nos permitirá el análisis transcultural coherente que nos exija el tema de salud y migraciones. (Romani, 2002)

Este autor, Romani, (2002), explica que desde la gran crisis de los años 70, se inició una redistribución del mundo que ha llevado a lo que hoy conocemos como “Globalización”, caracterizada por las nuevas tecnologías e información de medios, libertad en la circulación del capital, independencia de las multinacionales y del Estado de Bienestar, por tanto, ha incrementado las desigualdades sociales y el inmigrante que llega a los países más desarrollados se convierte en “proletario”, donde no cuenta con la protección del Estado de Bienestar. Las causas de la desprotección son diversas: peores puestos de trabajo, controles y barreras por la Ley de Extranjería, aumentando la marginación y las condiciones de vida precarias. Exclusión social, desigualdad y salud son factores relacionados estrechamente. Si hay dificultad para acceder a ellos, no todos gozamos de los mismos derechos frente a la ley y por tanto las condiciones sociales de los individuos varían.

Se debe valorar positivamente las aportaciones de los demás, especialmente, del otro diferente. Tener cierta inquietud y sensibilidad ante las causas y efectos de la globalización, en concreto con los procesos migratorios. Apreciar la importancia que la inmigración tiene tanto para las sociedades receptoras, las emisoras y los propios migrantes. Estimar el carácter enriquecedor de las diferencias culturales, así como su potencialidad conflictiva. Analizar y valorar críticamente las imágenes sociales dominantes. Concebir la interculturalidad como una forma de organizar las relaciones entre grupos diferentes. Desear ampliar nuestro conocimiento acerca del otro y de nosotros mismos. Cuestionar comportamientos ajenos sin desvalorar a la persona. (Martínez, et al., 2007:25)

En el contacto cotidiano con el sistema sanitario, ya que todos necesitamos de su servicio, puesto que como explicamos anteriormente, la enfermedad es universal, los inmigrantes aprenderían las normas y funcionamiento del sistema y los propios profesionales modificarían sus conductas y realizarían un trato más integral (médico-psíquico-social) al colectivo inmigrante. El problema reside en el acceso sanitario de esta población que está quedando excluida de una serie de servicios que debería proporcionar el Estado y donde las situaciones de irregularidad y la actual crisis económica acentúan el rechazo hacia los inmigrantes e interpretando que “se aprovechan de nuestro sistema sanitario”.

El Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y Seguridad de sus prestaciones, ha supuesto un cambio en la protección sanitaria de los extranjeros no comunitarios y se han endurecido los requisitos para la obtención de la asistencia sanitaria. El Gobierno afirma “que esta nueva medida es imprescindible para evitar situaciones de prestación de asistencia sanitaria que se están produciendo en la actualidad y que están debilitando de forma alarmante la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud”. El Real Decreto-Ley, en su capítulo I, artículo 1, especifica en materia de atención a personas extranjeras que:

- “Los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España recibirán asistencia sanitaria: a) De urgencia por enfermedad grave accidente, cualquiera que sea su causa, hasta la situación de alta médica, b) De asistencia embarazo, parto y postparto, c) Menores de 18 años en mismas condiciones que los españoles”.
- Las personas de nacionalidad española o de algún Estado miembro de la Unión Europea, del Espacio Económico Europeo o de Suiza que residan en España y los extranjeros titulares de una autorización de residencia en territorio español, podrán ostentar la condición de asegurado siempre que acrediten que no superan el límite de ingresos determinado reglamentariamente”.

Por el contrario, quedan colectivos excluidos de la asistencia sanitaria sosteniéndose en que debilitan el Sistema Nacional de Salud español. El Decreto diferencia entre inmigrantes europeos, en su mayoría pensionista que viajan para recibir en nuestro país tratamiento y los inmigrantes en situación irregular. En relación a los primeros, existe la Directiva 2011/24/UE, creada para estas situaciones. Respecto al colectivo inmigrantes irregulares, hasta la modificación de este Decreto, bastaba con estar empadronados en el municipio de residencia para tener cubierto el derecho de asistencia sanitaria. Actualmente esto ya no es suficiente, y se les exige además una autorización de residencia en España, como nos indica Bagnara (2012), limitando el derecho de asistencia socio-sanitaria a los extranjeros indocumentados en los supuestos de urgencias, asistencia al embarazo y a menores de 18 años.

Por tanto, esta nueva normativa limita la asistencia sanitaria a extranjeros indocumentados, embarazadas y a menores.

El respaldo a esta medida, juzgada por muchos españoles como xenófoba y por otros como legítima, se debe también a que el colectivo de inmigrantes ha sido frecuentemente utilizado como chivo expiatorio en los discursos gubernamentales y acusados de abusar de los beneficios públicos como salud, educación, coberturas sociales, etc. Asimismo, en un clima de crisis como la imperante, para muchos sectores precarizados el lema “los españoles primero” tiene un fuerte calado. La creencia de que los inmigrantes colapsan el sistema sanitario español está muy instalado socialmente. (Bagnara, 2012)

Siguiendo a este autor, “la normativa supondrá una exclusión social para estos colectivos, cuyas garantías como titulares de derechos están paradójicamente, protegidas”.

Parece que se olvide en bastantes ocasiones el hecho insoslayable de que el art.43.1 no vincula el derecho a la protección de salud a la nacionalidad, de ahí que como se ha dejado subrayado, la formulación abierta del ámbito subjetivo del mismo, remite en este aspecto a la persona, en la línea de lo establecido en el art. 25.1 de la Declaración Universal de Derechos del Hombre que atribuye a toda persona el derecho a la asistencia médica. (Fernández, 2013)

Debemos mencionar que puede resultar inconstitucional, ya que el derecho a la protección de salud viene reconocido en la Constitución Española de 1978 y la cual no hace distinción entre los beneficiarios de este derecho. Un sistema público de salud debería atender de manera universal las demandas de la población ya que el Estado tiene la obligación de cubrir nuestras necesidades básicas. Con esta modificación se endurecen las medidas de acceso para los inmigrantes extra comunitarios, que precisan una autorización de residencia expedida por las autoridades españolas.

Según Fernández (2013) el análisis de la reforma legal presentaría incompatibilidad respecto a las bases constitucionales. Siguiendo a este autor, la Constitución Española reconoce en su art.43 el derecho a la salud sin especificar quiénes son titulares de dicho derecho.

Concluimos que en España se desatiende al colectivo inmigrante irregular desconociendo el marco normativo que prima, en este caso la CE, en la cual referimos el art. 43.2 que obliga a los poderes públicos a organizar y garantizar la salud pública.

Si de verdad estamos preocupados por la salud de la sociedad y de los inmigrantes, deberíamos hacer todo lo que esté en nuestras manos, como profesionales y como ciudadanos, para intentar reorientar estas prioridades. (Romani, 2002)

Convivimos en un Estado donde excluimos a una población que conforman nuestra diversidad social y cultural y que forman parte de nuestra comunidad. Según un estudio realizado en el año 2011 por el Centro de Investigaciones Sociológicas, (CIS), la sociedad no ve como el principal problema la inmigración, sino que priman otros problemas sociales como las drogas, el paro o el terrorismo, con estas medidas, estamos contribuyendo a la marginación y exclusión de este colectivo, en vez de facilitar e integrarlos en el sistema.

La realidad indica que los inmigrantes tienen un gasto sanitario inferior al promedio de los españoles (menos consultas al médico de cabecera, menos hospitalizaciones, pruebas diagnósticas y consumo de medicamentos). Según la Encuesta Nacional de Salud, los extranjeros consultan un 7% menos al médico de cabecera que los españoles y un 16,5% menos al médico especialista.

La dificultad de acceso a un Sistema Sanitario que suponemos, ha de ser Universal, supone una traba más que ha de afrontar la persona en su adaptación al nuevo medio generando exclusión y creando desigualdad.

El conjunto de medidas contempladas en el Capítulo 1, Artículo 1 del Real Decreto-Ley 16/2012 suponen la restricción de acceso al sistema sanitario público para amplios grupos de población residente en España que se encuentran en situación de privatización y/o de desventaja social. Este enfoque, entendemos que puede vulnerar el principio de equidad que hasta ahora guiaba las políticas de salud en España, y que impide la discriminación como forma de prevenir las desigualdades sociales en salud. (Asociación Salud y Familia, 2012)

Como explicaremos en el siguiente apartado, las dificultades que encuentran las personas en su proceso migratorio produce una serie de consecuencias que van a repercutir en su salud y en su calidad de vida. Por ello, el garantizar una Asistencia

Sanitaria universal ante un problema que podemos padecer cualquier autóctona, el que lo padezca un inmigrante nos lleva a procesos de exclusión y de marginación privándole a él de ser atendido por los profesionales sanitarios, disminuyendo con ello, su calidad de vida, además de dificultar su integración.

En un estudio realizado por Vall-Ilosera et al. (2009) acerca de la atención primaria y la inmigración, llegaron a la conclusión que existen múltiples factores que influyen en la utilización de los servicios sanitarios en atención primaria, influyendo tanto elementos sociales (la cultura y las creencias), como demográficos (la edad de las personas). Estos factores debemos tenerlos en cuenta como profesionales del Trabajo Social, adoptando una visión amplia cuando la persona inmigrante llega a nuestro país encontrándose desprotegido y con miedo porque sabe que no puede acceder a los recursos sanitarios en caso de necesidad.

El profesional que pretende conocer al inmigrante partiendo de las claves que rigen en la sociedad de acogida, únicamente estará poniendo de manifiesto la distancia que existe entre ambas sociedades y, probablemente, emitiendo juicios y valoraciones en virtud de esa distancia. (...) Es importante mostrar respeto y aceptación (...), examinar los problemas individuales en un contexto más amplio, familiar y cultural (Martín, 2007).

Como profesionales debemos tener en cuenta que no todas las personas requieren la misma asistencia o intervención y es imprescindible que tengamos formación a nivel sanitario pero también a nivel social, cada individuo pertenece a una cultura y por tanto, trabajar con cada uno, requiere de unos conocimientos interculturales para poder realizar un buen diagnóstico como refiere Achotegui (2008) y poder derivar correctamente al dispositivo o servicios que requiera la persona.

Es ya imposible hablar y abordar la inmigración sin atender a determinados factores psicosociales. Estos, tan relevantes en los procesos migratorios individuales y familiares, se van teniendo cada vez más presentes en la intervención social de casi todos y todos nosotros, mejorando, redimensionando y haciendo así más competente nuestra práctica. Migrar es, desde esta mirada, un proceso vital que debe atenderse, más allá de los síntomas, desde una concepción integral, dinámica y evolutiva del fenómeno, vinculada a la individualidad de cada proceso, entorno y contexto. (Escartín, 2009:28)



### ***3.4- Estrés y duelo cultural del inmigrante***

El duelo es un proceso normal ante cualquier pérdida y que toda persona, en este caso la persona que emigra dejando atrás seres queridos, lengua, cultura, país de origen, etc.

A pesar de que pueda parecer que la depresión y la ansiedad son cuadros bien definidos, existen muchos aspectos de tipo cultural que inciden en la expresión clínica de estos trastornos. La migración es un cambio vital que, como todo proceso de cambio, comporta ganancias y pérdidas. Es también un acontecimiento que supone un factor de riesgo para la salud mental porque conlleva la elaboración de una serie de dificultades y de tensiones en el proceso que se ha definido como el duelo migratorio. El duelo migratorio posee características específicas que lo diferencian de otros duelos como la parcialidad, la recurrencia y la multiplicidad. (Martínez y Martínez, 2006)

Según Achotegui (2008), podemos diferenciar tres tipos de duelos según su dificultad en la elaboración y por consiguiente en su potencialidad psicopatológica:

- Duelo simple: el cual se da en buenas condiciones y que puede ser elaborado.
- Duelo complicado: cuando existen dificultades para la elaboración del duelo.
- Duelo extremo: el cual es problemático y no es elaborable ya que supera las capacidades de adaptación del sujeto (este es el propio del Síndrome de Ulises).

Siguiendo a Sayed-Ahmad (2008), “El fenómeno migratorio se caracteriza por una serie de situaciones generadoras de estrés<sup>1</sup>”. Según este autor, “tanto el inmigrante como la comunidad receptora definen el nivel de integración y adaptación”.

Achotegui (2008), refiere que la inmigración implica pérdidas en el país de origen y grandes cambios que suponen esfuerzo por parte de la persona que migra. Este esfuerzo, es lo que definimos como “estrés del inmigrante”, ya que estas personas están expuestas a factores estresores que pueden dañar la salud de la persona. El proceso

---

<sup>1</sup> Selye, en 1936, utilizó este término de estrés para referirse a la respuesta fisiológica y psicológica ante un estímulo denominado estresor, que puede ser factor interno como pensamientos o bien externo como un estímulo ambiental, que hace que la persona se sienta excitada o tensa.

migratorio hace que la persona pueda estar más predispuesta a padecer este estrés, pero no significa que todos los inmigrantes lo sufran.

Todo inmigrante se encuentra sujeto a lo que se denomina “estrés aculturativo”, que se produce al entrar en contacto con otra cultura y genera reacciones y fatiga cultural porque debe adaptarse a la cultura de acogida y al mismo tiempo mantener los valores de la cultura de origen. De igual modo, la persona inmigrante atraviesa por algún tipo de “duelo cultural” por la tierra perdida, la familia, los amigos, el oficio que no se puede ejercer, etc. (Martín, 2007)

Siguiendo a este autor (Martín, 2007), en los años 80 se acuñó el término “choque cultural”, como el estado general de depresión, frustración y desorientación de la gente que vive en una nueva cultura. Este término pasó a utilizarse como “estrés aculturativo”.<sup>2</sup>

El término estrés va ligado al de duelo cultural, el cual tiene unas características específicas (Martín, 2007):

- El duelo migratorio es un duelo parcial: se diferencia del duelo de la pérdida por un familiar o ser querido, en que en el caso de la persona inmigrante, el objeto de duelo es el país de origen, el cual no desaparece sino que cabe la posibilidad de retorno. “Se considera más una separación que una pérdida”, la cual contempla el tiempo y el espacio, que al ser alterados, crea confusión en las personas.
- El duelo cultural es recurrente: el ir y venir en relación con el país de origen, los procesos de separación funcionan de forma recurrente y están presentes las fantasías de regreso, las cuales, poder expresarlas, puede tener una función protectora y de ayuda en la elaboración del duelo cultural. “Es más positivo que se expresen a que se nieguen”. El duelo cultural puede ser crónico cuando el contexto es desfavorable y hay malas condiciones de vida. “Y esta cronicidad favorece la aparición de trastornos depresivos y se hunde en la desesperanza”.

---

<sup>2</sup> Este nuevo enfoque de “estrés aculturativo” Martín, Idoia(2007), destaca que el individuo se encuentra en una nueva situación ante la cual desarrolla estrategias de adaptación, es decir, que no son receptores pasivos, sino que se produce una interacción entre la cultura de llegada y la receptora.

- El duelo cultural está vinculado a vivencias familiares e infantiles: los duelos mal elaborados complican la elaboración del duelo cultural favoreciendo depresiones.
- El duelo cultural es un duelo múltiple: supone muchos cambios en la persona afectada. “Cómo mínimo hay siete duelos en la migración: la familia y los amigos, la lengua, la cultura, la tierra, el nivel social, el contacto con el grupo étnico y los riesgos físicos ligados a la migración.”
- El duelo cultural afecta a la identidad: los múltiples aspectos que conlleva el duelo cultural afectan a la personalidad del inmigrante, incluso modificando su propia identidad. En la persona se pueden producir sentimientos depresivos alterando el estado de la persona.
- El duelo cultural conlleva una regresión psicológica: ante el afrontamiento de diversas dificultades y cambios en su entorno, la persona puede sentir inseguridad y adoptar actitudes en búsqueda de apoyo y ayuda, incluso volverse dependiente. No podemos confundir la regresión con incapacidad o debilidad, sino que es una reacción de la persona ante el estrés sufrido.

Desde una perspectiva psicológica, el concepto de regresión se entiende como un retroceso de la persona hacia actitudes más infantiles, menos autónomas. La regresión, es decir, la posibilidad de comportarse de modo más infantil, tiene un efecto de relajación ya que la vida social supone un gran esfuerzo de adaptación. Las dos expresiones de esta regresión infantil desde la perspectiva del duelo cultural son: las conductas de dependencia y la queja infantil. (Martín, 2007)

Siguiendo a Martín (2007), el duelo cultural utiliza defensas psicológicas, que son mecanismos de defensa que entendemos como algo normal en la elaboración de este duelo. Estos mecanismos hacen del duelo, un hecho menos frustrante pero impiden la adaptación normal al nuevo medio social. La depresión está asociada, y la negación impide la percepción de la realidad. El estrés o duelo en los inmigrantes puede presentar dificultades debido a que es un proceso complejo.

Atendiendo a Achotegui (2008), hay que diferenciar tres aspectos en el debate sobre la problemática de los inmigrantes en situaciones extremas, prestando atención al estudio de los estresores, al estudio de los síntomas que conforman un síndrome, y por último al diagnóstico diferencial de la sintomatología que presentan.

Según este autor, describimos los estresores y duelos en situación extrema:

- La soledad y la separación forzada de la familia, especialmente cuando se dejan atrás a hijos pequeños, lo cual puede causar sentimientos de culpabilidad ya que no los puede traer consigo.
- Duelo por el fracaso del proyecto migratorio seguido de sentimientos como desesperanza y fracaso ante no lograr unas mínimas oportunidades para salir adelante. Estos sentimientos en soledad se acentúan y causan mayor daño.
- Lucha por la supervivencia, tanto por tener que alimentarse y subsistir, como conseguir una vivienda en buenas condiciones de habitabilidad.
- El miedo es otro de los factores influyentes muy importantes y de los más desestabilizadores en el terreno psicológico. “El miedo se haya relacionado con la vivencia de situaciones traumáticas, con los peligros para la integridad física”.

Estos estresores se hayan potenciados por los siguientes factores descritos por Achotegui (2008):

- La multiplicidad: no es lo mismo padecer un estresor que varios.
- No es lo mismo padecer uno o varios estresores un día o dos días, que varios meses e incluso años.
- La intensidad o relevancia del estresor para la persona que lo vive.

- La ausencia de sensación de control, la persona no controla las situaciones que le provocan malestar.
- La ausencia de una red de apoyo en el país de acogida.
- El sistema sanitario y los recursos asistenciales juegan un papel importante, además de los propios profesionales que trabajan en el ámbito sanitario. Otras veces, la sintomatología es errónea en el diagnóstico, padeciendo tratamientos inadecuados o dañinos para la persona afectada.

### ***3.5.- Salud mental e inmigración***

A continuación expondremos la relación entre migración, cultura y psicopatología que ha sido el motivo de interés de este trabajo.

“La psiquiatría transcultural trata de entender el impacto de las diferencias sociales y culturales en la enfermedad mental, tanto en manifestaciones como en tratamientos” como afirman Martínez y Martínez (2006). Siguiendo a estos autores, se han de tener en cuenta las características culturales en un proceso de diagnóstico adecuado.

Atendiendo a Delgado (2008), los aspectos más destacados entre inmigración y trastornos diagnosticados se corresponden con la propuesta de Achotegui de “El Síndrome de Ulises” circunscrito al proceso migratorio:

- Trastornos por estrés (adaptativos): el contacto entre dos culturas, dando lugar a la aculturación, como comentábamos en un principio, va asociado al estrés aculturativo.
- Trastornos por estrés postraumático (TEP): es uno de los diagnósticos más frecuentes entre los inmigrantes en lo que concierne al proceso migratorio (en cualquiera de sus fases) cuando ha estado marcado por situaciones o experiencias difíciles o que producen estrés en la persona y puede estar motivado por diversas causas..

“Para interpretar la relación existente entre psicopatología e inmigración habría que analizar estos factores estresores que pueden producirse” como nos explican Collazos et al (2008). Se habla de dos tipos de estresores, el agudo y el crónico (Dimsdale et al, 2005). El agudo representa un acontecimiento duro y concreto, es decir, un episodio estresante en la vida del sujeto. Los estresores agudos pueden tener una relación con acontecimientos importantes que hayan podido provocar la marcha del lugar habitual de residencia (guerras, conflictos políticos, etc) durante el viaje migratorio (engaños, mafias, etc.) o ya en el país de acogida. Estos factores estresores, siguiendo a Pereña (2009:9) son repercusiones psico-sociales y relacionadas con el estrés de las personas cuando llegan al país de acogida y se encuentran con el desconocimiento del idioma, un nuevo entorno y una nueva cultura, esto, puede desembocar en salud mental, lo cual se denomina como trastornos límites.

Estos trastornos son estados límites por desvalimiento, estados de vulnerabilidad o desamparo, una dependencia que genera angustia y sentimiento de desprotección, estado que inicia la particular condición del sujeto humano expuesto a una vida desordenada, sin un programa dado de cómo vivir. (Pereña, 2009)

Achotegui (2004), propone el término “Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple” o “Síndrome de Ulises” para referirse a un conjunto de signos y síntomas caracterizado por experimentar una serie de estresores o duelos. Según este autor, “existe una relación directa e inequívoca entre el grado de estrés límite que viven estos inmigrantes y la aparición de su sintomatología”.

El Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico y Múltiple se caracteriza, por un lado, porque la persona padece unos determinados estresores o duelos y, por otro lado, porque aparecen un amplio conjunto de síntomas psíquicos y somáticos que se enmarcan en el área de salud mental. (Achotegui, 2004:39-40)

Como refiere Delgado (2008), este síndrome está relacionado estrechamente con el duelo y estrés prolongado e intenso y según esto, estaría a medio camino entre los trastornos adaptativos y el trastorno de estrés postraumático.

Cuando centramos el estrés en los factores psicosociales, se ha tendido a orientar y reorganizar la teoría hacia las consecuencias que tienen las experiencias estresantes sobre la salud, más que hacia el origen de dichas experiencias. Este fenómeno representa un problema de gran relevancia

actual en el marco del estrés, ya que los condicionantes sociales (organización social, apoyo social, aspectos socioeconómicos, estatus, rol laboral, género, etc) pueden estar implicados, tanto en el origen como en las consecuencias de las experiencias estresantes. Las situaciones sociales pueden provocar altos niveles de estrés que, a su vez, afectan a la salud, a la calidad de vida y a la longevidad. (Sandín, 2003:143)

Según Achotegui (2008), la sintomatología característica del Síndrome de Ulises sería la siguiente:

- Área depresiva: tristeza ante el fracaso, llanto en situaciones límites, culpabilidad, ideas de muerte. Según Achotegui, las ideas de muerte no suelen ser muy frecuentes ya que el inmigrante por lo general, posee gran capacidad luchadora y de afrontamiento ante contextos adversos, además de la influencia de sentimientos religiosos y culturales.
- Área de la ansiedad: es una de las más importantes y donde podemos destacar la tensión y el nerviosismo ante situaciones extremas, preocupaciones excesivas y recurrentes unidas a sentimientos contrapuestos que conllevan una enorme tensión, irritabilidad, insomnio agravado por las condiciones de habitabilidad que suelen ser precarias.
- Área de la somatización: entre los síntomas somáticos destacan el insomnio, las cefaleas de tipo tensional asociadas a las frecuentes preocupaciones y fatigas, que se asocian a la desmotivación. Achotegui, también destaca en esta área, que los inmigrantes envejecen de forma prematura debido a las situaciones de estrés.

En la mayoría de las culturas de origen de los inmigrantes se considera que la mente y el cuerpo no están separados. En las culturas de los inmigrantes lo mental y lo físico se expresan de modo combinado, es decir el que aparezcan síntomas somáticos no impide la expresión psicopatológica, no son por lo tanto pacientes alexitímicos, que rehuyan lo emocional, a pesar de que tienen una fuerte expresión somatizada. (Achotegui, 2008)

- Área confusional: fallos de memoria y atención, desorientación, etc. La confusión también puede estar ligada a ser perseguidos o situaciones

extremas donde el inmigrante miente o fabula en las relaciones familiares para que no sufran por él.

Desde una perspectiva cultural de la sintomatología, el inmigrante en muchos casos interpreta los síntomas desde su propia cultura de origen, pudiendo estar motivado por mala suerte, magia, brujería, hechiceros, etc. Freud (1912), planteó desde el psicoanálisis, la relación de la magia con el pensamiento, explicando que se halla ligada a funcionamientos de tipo obsesivo como una respuesta primitiva ante la ansiedad. Esta interpretación de la sintomatología desde la perspectiva de las tradiciones mágicas conllevará que la intervención psicológica deba tener en cuenta la cosmovisión del paciente obligando al terapeuta occidental a descentrarse culturalmente a la hora de efectuar una intervención terapéutica. Es muy importante acercarse a estas vivencias del paciente con respeto y atención. Pero no es fácil explorarlas porque estas personas se sienten rechazadas por la cultura autóctona y esconden este tipo de vivencias. Una buena forma de acercarse a estos temas es preguntarles si creen o han tenido mala suerte. A partir de este punto es posible continuar el diálogo y profundizar en el tema. (Achotegui, 2008)

El Síndrome de Ulises está relacionado directamente con problemas de salud mental como podemos apreciar y supone cambios de salud en la persona que afectan a distintos niveles.

Como profesionales del Trabajo Social, debemos tener un conocimiento de la sintomatología que puede presentar la persona, más desde una perspectiva social que médica de cara a una posterior intervención con la persona afectada o bien una derivación a los Servicios de Atención Primaria o los Centros de Acción Social, servicios que darían paso a una atención a una atención más específica si fuera necesaria.

Este síndrome, como ya hemos comentado, se caracteriza por darse una combinación de estresores y, además, una sintomatología muy variada que corresponden al área de la psicopatología: tristeza, llanto, ansiedad, tensión, nerviosismo e insomnio. En el área confusional se dan los siguientes síntomas: fallos de la memoria, de la atención, sentimientos de desorientación y, finalmente, en el área de la somatización, cefaleas y la fatiga, entre otras. (Sanjuán y Díaz, 2012)



Uno de los problemas más frecuentes, es que el síndrome no sea diagnosticado como tal y se confunda con una depresión o un malestar inespecífico en la persona que lo padece. Como se explicó anteriormente, la cultura del propio afectado tiene un papel muy importante a la hora de evaluar la sintomatología y de tratar con el paciente, ya que como refiere Achotegui (2008), algunos tienden a pensar que es fruto de “su mala suerte” o que está causado por medio de brujería. Este pensamiento, suele darse en inmigrantes con escasos recursos económicos, un bajo nivel educativo o personas muy arraigadas a creencias religiosas.

El profesional que trabaje con ellos, ha de tener siempre presente sentimientos de empatía y conocimiento del grupo cultural con el cual se va a trabajar.

#### **4. DISCUSIÓN TEÓRICA Y FORMULACIÓN DE INTERROGANTES**

Hoy en día, por la actual crisis económica, tal y como expusimos al principio del trabajo, España podría volver a ser ese país de emigración, que fue anteriormente, cuando nuestros antepasados emigraban a Argentina, Alemania, Francia, etc. en busca de un futuro mejor. El proceso migratorio podemos sufrirlo cualquiera de nosotros, que estaríamos expuestos a las mismas dificultades que venimos exponiendo a lo largo del trabajo. Por tanto, no debemos olvidar que no sólo emigran las personas sin recursos y de los países subdesarrollados, sino que hay diversos tipos de migrantes que abandonan su país por diferentes motivos. Por tanto, no debemos fomentar ni perpetuar prejuicios hacia este colectivo.

Es necesario formular interrogantes en relación a cómo podemos solucionar aquellas trabas para la integración, basándonos en facilitar el proceso de duelo migratorio, por el que inevitablemente cada inmigrante sufre, y que puede detonar en determinados problemas de salud mental.

¿Tan difícil es asumir las diferencias de otras culturas? ¿Es necesario partir de una primera sensibilización en la propia sociedad de acogida para que se promueva la igualdad de trato y la no discriminación por origen étnico?.

¿Cómo podemos los trabajadores sociales intervenir en las políticas sociales para recordar a los poderes públicos que las reformas no deben limitar el acceso a los servicios sanitarios de las personas que residen en territorio español con independencia de su situación legal? ¿Es la propia Administración Pública la que en muchas ocasiones establece más trabas en vez de proponer soluciones? ¿Quiénes, realmente, están impidiendo esa integración de las personas inmigrantes, que influye en su salud mental?, ¿la sociedad de acogida o las propias leyes discriminatorias?

Los profesionales, en conjunto con la sociedad, debemos trabajar para conseguir así como con otros colectivos, y especialmente con la población inmigrante su adaptación. El trabajador social debería actuar principalmente como “integrador”, y eso que llamamos “integración” exige un movimiento de aproximación por ambas partes, sociedad receptora y persona inmigrante.

Como señala Vázquez (2001), no podemos evaluar al inmigrante únicamente de acuerdo con los patrones dominantes en la sociedad de acogida. Se trata de respetar las diferencias, que consiste en el respeto a la identidad sociocultural (religión, etnia, clase social, valores, etc.) desde un punto de vista dinámico y no estático, es decir, siendo conscientes de que se trata de una identidad en evolución y cambio.

## **5. CONCLUSIONES**

Vivimos en una sociedad multicultural, donde la cultura es un factor determinante en la vida de las personas. La llegada de inmigrantes a nuestro país produce esta mezcla de culturas, y como hemos expuesto anteriormente, según cómo el país receptor “acaja” a dichas culturas, se va a dar un proceso de integración que repercutirá en diferentes ámbitos de la vida de estos inmigrantes y en especial implicará posibles cambios en la salud mental de los mismos.

Este trabajo pretende reflejar las dificultades que la persona inmigrante puede encontrar en su proceso de cambio y cómo su propia cultura va a determinar su adaptación al nuevo país de acogida, donde si la adaptación es negativa, podría desencadenar problemas de salud mental.

El proceso migratorio va ligado a una serie de dificultades, donde la propia persona, protagonista de su viaje, es la que va a determinar la manera de afrontar las dificultades que puedan presentarse. En mayor o menor medida, no podemos obviar que la cultura es un factor crucial a la hora de afrontar el proceso migratorio, pero es un factor entre otros, como también puede ser el género o la edad del inmigrante. No es un factor único determinante por el cual posiblemente se desarrolle una patología mental.

Como expuse en un principio, con esta revisión bibliográfica se pretende dar una visión cultural como trasfondo del proceso migratorio, pudiendo decir que he llegado a la conclusión de que la población autóctona sigue teniendo muchos prejuicios que dificultan la adaptación de los inmigrantes, lo cual repercute en la salud de los mismos, así como en su adaptación e integración.

Por este motivo, me gustaría proponer la realización de un estudio para conocer cómo aceptan los nacionales a las personas inmigrantes y qué visión tienen de la inmigración. Si se trabajara la sensibilización con la población autóctona, la adaptación del inmigrante sería más propicia y los factores estresantes y el proceso de duelo, aunque seguirían estando presentes, no serían tan determinantes para la salud mental de los inmigrantes.

## 6. BIBLIOGRAFÍA

Abad, L (2005): “Impacto de la migración y las remesas en el desarrollo” *Migraciones*, (18): 105-148

Achoteui, J. (2004): “Emigrar en situación extrema: El Síndrome del Inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises)”. *Revista Norte de Salud Mental de la Sociedad Española de Neuropsiquiatría*, vol. V, (21):39-53

Achotegui, J. (2008): “Migración y crisis: el Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises)” *Revista internacional on line. Avances en Salud Mental Relacional/ Avances in relational mental health*, vol.7 (1): 1-2

Alarcón. A, Vidal. A, Neira. J. (2003): “Salud Intercultural: Elementos para la construcción de sus bases conceptuales”. *Revista Médica de Chile*

Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR). Concepto de refugiado.

<http://www.acnur.org/t3/a-quien-ayuda/refugiados/quien-es-un-refugiado/>

acceso 1 de julio de 2013

Asociación Salud y Familia (2012): “Impacto de la Reforma de la Asistencia Sanitaria en España sobre la Cobertura Pública y Universal”. Barcelona: 3 de mayo de 2012 . Disponible en:

[http://www.saludfamilia.es/sites/default/files/Impacto\\_reforma\\_sanitaria\\_en\\_Esp\\_Real\\_Decreto\\_16-2012\\_cast.pdf](http://www.saludfamilia.es/sites/default/files/Impacto_reforma_sanitaria_en_Esp_Real_Decreto_16-2012_cast.pdf) visto en junio de 2013

Bauman, Zygmunt (2007): Miedo líquido. *La sociedad contemporánea y sus temores*. Barcelona. Paidós.

Bagnara. R (2012): “Impacto del Real Decreto-Ley 16/2012 sobre la asistencia sanitaria pública y universal en España”. *Administración de la inmigración en España y en Cataluña*.

<http://assembleapoblesec.files.wordpress.com/2012/06/120606-reforma-sanitaria-rb.pdf> acceso en mayo de 2013

Bhugra, D. (2004). Migration and schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 243-258

Boixareu, R. M (2008): “De la antropología filosófica a la antropología de la salud”. Barcelona. Herder. 1ª Edición. Pp. 205-213. Centro de Investigaciones Sociológicas 2008

Collazos, F.; Qureshi, A.; Antonín, M.; Tomás-Sábado, J. (2008): “Estrés aculturativo y salud mental en la población inmigrante. *Papeles del psicólogo*.(29), 307-315

Delgado, P (2008). “Emigración y psicopatología”. Investigación y Terapia Cognitiva, Sevilla. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*. (4): 15-25

Dimsdale. Joel et al., (2005): “Stress and Psychiatry”. En Benjamin J. Sadock y V.A. Sadock (Eds.), *Kaplan and Saddock's comprehensive textbook of psychiatry*. 8ª ed., Vol. 2: 2180-2195

Engel, G.L (1980): “The clinical application of the biopsychosocial model”. *Am J Psychiatry*. (137) : 535–544.

Escartín, J (2009): “Abrir ventanas y tender puentes: Retos y pistas para un Trabajo Social con Inmigrantes y Comunidad”. *Revista de Servicios Sociales y Política Social. Movimientos Migratorios II*, (85): 23-42.

España. Ley General de Sanidad 14/1986 de 25 de Abril. <http://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10499> . Consulta: 10 de junio de 2013

España. Real Decreto-Ley 16/2012 de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.

<http://www.boe.es/boe/dias/2012/04/24/pdfs/BOE-A-2012-5403.pdf>

acceso 20 de junio de 2013.

España. Ley Orgánica 4/2000 del 11 de enero, Sobre Derechos y Libertades de los Extranjeros en España y su Integración Social.

<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2009-19949>

Consulta: 10 de junio de 2013

Fernández, J.A. (2013) en Revista de Treball, Economia i Societat. Comunitat Valenciana. Nº 67. <http://www.ces.gva.es/pdf/trabajos/revista67/edit.pdf>

Acceso 14 de junio de 2013.

Freud, S. (1912) *Tótem y Tabú*. Madrid. Alianza Editorial.

Fundación Intra (2012): “*El paro con otros ojos*”: *Inmigración y desempleo. La inmigración en datos 2012*. <http://www.fundacionintra.org/noticias/?p=157>,

Acceso en marzo de 2013

Grinberg, L. y Grinberg, R. (1984): *Psicoanálisis de la inmigración y del exilio*. Madrid. Ed. Alianza.

González, C. (2012) “La emigración desde España, una migración de retorno” Real Instituto Elcano

[http://www.realinstitutoelcano.org/wps/portal/rielcano/contenido?WCM\\_GLOBAL\\_CONTEXT=/elcano/elcano\\_es/zonas\\_es/ari4-2012](http://www.realinstitutoelcano.org/wps/portal/rielcano/contenido?WCM_GLOBAL_CONTEXT=/elcano/elcano_es/zonas_es/ari4-2012) acceso 23 de mayo de

2013.

- Helman, C. (1994): "Culture, Health and Illness. An Introduction for Health Professionals". 3ª Edición, Oxford, Butterworth-Heinemann.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. 2010. *Instituto Nacional de Estadística*. Madrid: INE ( Consulta: 15 de junio de 2013). Disponible en <http://www.ine.es>
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. 2011. *Instituto Nacional de Estadística*. Madrid: INE (Consulta: 15 de junio de 2013). Disponible en <http://www.ine.es>
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. 2013. *Instituto Nacional de Estadística*. Madrid: INE (Consulta: 15 de junio de 2013) Disponible en <http://www.ine.es>
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. 2012. Encuesta Nacional de Salud. *Instituto Nacional de Estadística*. Madrid: INE ( Consulta: 15 de junio de 2013). Disponible en <http://www.ine.es>
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. 2012. Proyecciones de población a corto plazo (2012-2020). *Instituto Nacional de Estadística*. Madrid: INE (Consulta: 15 de junio de 2013). Disponible en <http://www.ine.es>
- Izquierdo, A (1996): "La migración inesperada: la población extranjera en España , 1991-1995". Madrid, Trotta
- Junta de Castilla y León (2007): "Guía para inmigrantes". Edita: Junta de Castilla y León. Consejería de Presidencia y Administración Territorial.  
[http://www.jcyl.es/web/jcyl/binarios/976/755/Interior%20Guia%20Espa%C3%B1ol\\_Nota.pdf?blobheader=appl](http://www.jcyl.es/web/jcyl/binarios/976/755/Interior%20Guia%20Espa%C3%B1ol_Nota.pdf?blobheader=appl)
- Lazarus, R (1999): "*Stress and emotion: A new synthesis*"  
[http://books.google.es/books/about/Stress\\_and\\_emotion.html?id=mATTP46QIp4C&redir\\_esc=y](http://books.google.es/books/about/Stress_and_emotion.html?id=mATTP46QIp4C&redir_esc=y). Consulta: 15 de junio de 2013.

Lazarus, R. y Folkman, S (1984): “*Stress process and depressive symptomatology*”. *Journal of Abnormal Psychology*, (95): 107-113

de Lucas, J (2009): “La integración política como condición del modelo de integración”. Monografía de Cáritas Diocesana

Martín, I (2007): “Trabajo Social con población inmigrante: un enfoque transcultural”. *Acciones e Investigaciones Sociales*, (23): 71-82.

Martínez. M, y Martínez. A, (2006): “Patología psiquiátrica en el inmigrante”. *Publicaciones Anales Sistema Sanitario Navarra*, (29)

Martínez. A, Sanahuja. A y Morales. V (2007): “Manual de Intervención psicosocial con inmigrantes”. *Cuadernos de Investigación, nº 1 Ceimigra*.  
[http://www.ceimigra.net/observatorio/images/stories/cuaderno\\_1\\_intervencion\\_psicosocia\\_menores\\_migrantes.pdf](http://www.ceimigra.net/observatorio/images/stories/cuaderno_1_intervencion_psicosocia_menores_migrantes.pdf) Consulta: 10 de junio de 2013

Mata, A (2004): “La percepción de la integración desde el punto de vista de los inmigrantes extracomunitarios”. *Revista de Trabajo Social*, (173): 17-26  
[http://www.ceimigra.net/observatorio/images/stories/cuaderno\\_1\\_intervencion\\_psicosocia\\_menores\\_migrantes.pdf](http://www.ceimigra.net/observatorio/images/stories/cuaderno_1_intervencion_psicosocia_menores_migrantes.pdf) Consulta: 10 de junio de 2013.

McGrath, J E. (1970): “A conceptual formulation for research on stress. Social and psychological factors in stress”. *New York: Holt, Rinehart and Winston*: 10-21

Menéndez, F (2005): “Veinte años de la Reforma Psiquiátrica, panorama del estado de la psiquiatría en España de los años 1970 a los 2000: de un pensamiento a otro”. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* (95) 69-81

Meñaca, A (2007) "Sistema Sanitario e Inmigración. El papel de la cultura" en Esteban Galarza M.L. (ed.) *Introducción a la Antropología de la Salud. Aplicaciones teóricas y prácticas*. Bilbao.



Ministerio de Sanidad y Consumo, “Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica”, Madrid, Secretaría General Técnica, abril 1985  
<http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=278>

acceso 15 de mayo de 2013.

Ochoa. E; Natividad. V y Lozano. M. (2005): “Síndromes depresivos en la población inmigrante”. *Revista Clínica Española* 205 (3):116-118

Pereña, F (2009): Denegación y Límite. Acerca de los llamados trastornos límites”. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 2009, vol. XXIX, (103): 7-33

Redfield. R, Linton. R y Herskovits. M (1936): “Memorandum on the study of acculturation”. *American Anthropologist*, (38): 149-152

Rojas, H (2009): Conferencia sobre “Inmigración y Subdesarrollo. Problemas demográficos del subdesarrollo: Readaptación espacial y movimientos migratorios”. Visto en :  
<http://www.unirioja.es/dptos/dch/archivos/Doris3Marzo09.pdf>, en mayo de 2013

Romaní, O (2002): “La salud de los inmigrantes y la de la sociedad. Una visión desde la antropología”. *Publicado en Form Med Contin Aten Prim.* (9): 498-504

Sandín. B (2003): “El estrés: un análisis basado en el papel de factores sociales”. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, vol.3 (1): 141-157

Sanjuán. R, y Díaz. E (2012): “ Se nos olvida valorar el Síndrome de Ulises? *Revista 7DM (Siete días Médicos)*, (840): 32

Sayed-Ahmad. N (2008): “La inmigración en la encrucijada de la adaptación”. *Revista Norte de Salud Mental* (32) 61-70

Selye. H (1973): “the evolution of the stress concep”. *American Stientis*,  
61: 345-352

Unión Europea Directiva 2011/24/UE del Parlamento Europeo y del Consejo de 9 de marzo de 2011 relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza

[http://eur-](http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2011:088:0045:0065:ES:PD)

[lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2011:088:0045:0065:ES:PD](http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2011:088:0045:0065:ES:PD)

[F](#) acceso 30 de junio de 2013.

Vall-Ilosera. L, Saurina. C y Saez, M (2009): “Inmigración y Salud: Necesidades y utilización de los servicios de atención primaria por parte de la población inmigrante en la región sanitaria de Girona”. *Rev. Española Salud Pública*, (83): 291-307

Vázquez Aguado, O. (2001): “Acción intercultural y trabajo social”. En *Cuadernos de Trabajo Social*. Nº 14; pp. 29-43.

World Health Organization (OMS) (1946): “Constitución de la organización mundial de la salud”.

<http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/SP/constitucion-sp.pdf> acceso en abril de 2013